

**DISPONIBILITÀ PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO DIRIGENZIALE DI LIVELLO NON GENERALE**

Il/La sottoscritto/a

Cognome	
Nome	
Qualifica/Professionalità	
Incarico attuale	
Recapito telefonico	

esprime la propria disponibilità per il conferimento della **titolarità** dell’incarico, di cui alla nota dell’Agenzia Italiana del Farmaco prot. n. del \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, di seguito specificato:

✓ ✓ ✓ ✓	STRUTTURA	FASCIA RETRIBUTIVA	DECORRENZA
	Ufficio Sperimentazione clinica	B	dalla data del conferimento dell’incarico
	Ufficio Farmacovigilanza	B	dalla data del conferimento dell’incarico

Allega il proprio *curriculum vitae* professionale aggiornato e sottoscritto, redatto in formato europeo e la relazione sintetica prevista nella sopracitata nota.

Allega, altresì, ai sensi dell’art. 20 del decreto legislativo n. 39 del 2013, la dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità e la dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità.

Dichiara, altresì:

l’assenza di condanne penali e di procedimenti penali in corso (*in caso contrario indicare di seguito le condanne riportate, le date di sentenza dell’autorità giudiziaria - da indicare anche se sia stata concessa amnistia, condono, indulto, perdono giudiziale o non menzione, ecc. - nonché i procedimenti penali eventualmente pendenti*)

l’assenza di condanne per responsabilità amministrativa e di procedimenti per responsabilità amministrativa in corso (*in caso contrario indicare di seguito le condanne riportate, le date di sentenza della Corte dei conti, nonché i procedimenti eventualmente pendenti*)

l’assenza, nell’ultimo biennio, di provvedimenti disciplinari a carico e di procedimenti disciplinari in corso (*in caso contrario indicare di seguito le sanzioni riportate, le date dei relativi provvedimenti, nonché i procedimenti eventualmente pendenti*)

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_